



Ca lâm sàng:

UNG THƯ GAN / Viêm gan siêu vi C



BS.CK1 Phan Hữu Bội Hoàn
Trung Tâm Y khoa MEDIC, TP. Hồ Chí Minh.

I. Tóm tắt bệnh án

- BN nữ , 70 tuổi , Trà vinh , SĐT : 0918 xxxxxx
- Lý do khám bệnh : kiểm tra gan
- Bệnh sử : bn biết VGSV C và đã điều trị thuốc kháng virus VGSV C cách đây 10 năm--- hết bệnh. Khoảng 3 năm nay BN vẫn đang uống thuốc hỗ trợ gan với chẩn đoán là xơ gan ở phòng khám tư. Hiện tại bn khỏe, ăn ngủ, tiêu tiểu, sinh hoạt bình thường. BN đến Medic để kiểm tra gan.
- Tình trạng bn lúc khám : bn khỏe, da niêm hồng , tỉnh táo, tiếp xúc tốt.
HA: 129/76 mmHg M: 80 l/p Nhiệt độ : 37 độ 2 , cao 1m56 , nặng 66kg

TÊN XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ	KHOẢNG THAM CHIẾU	MÃ QT
I. HUYẾT HỌC / ĐÔNG MÁU - HEMATOLOGY / COAGULATION			
NFS(C.B.C)(CÔNG THỨC MÁU)¹	*		
WBC	6.4	(4.0 - 10.5)10 ⁹ /L	QTHH019
% Neu	60.2	(40 - 74 %)	
% Lym	27.8	(19 - 48 %)	
% Mono	10.7	(3 - 9 %)	
% Eos	0.9	(0 - 7 %)	
% Baso	0.4	(0 - 1.5 %)	
# Neu	3.9	(1.7 - 7.0) 10 ⁹ /L	
# Lym	1.8	(1.0 - 4.0) 10 ⁹ /L	
# Mono	0.7	(0.1 - 1.0) 10 ⁹ /L	
# Eos	0.1	(0 - 0.5) 10 ⁹ /L	
# Baso	0.0	(0 - 0.2) 10 ⁹ /L	
RBC	4.25	(3.80 - 5.60)10 ¹² /L	QTHH020
Hb	12.8	(12.0 - 18.0 g/dL)	QTHH025
Hct	37.1	(35 - 52 %)	
MCV	87.2	(80 - 100 fL)	
MCH	30.1	(26 - 32 pg)	
MCHC	34.5	(32 - 36 g/dL)	
RDW	14.2	(11.0 - 15.7%)	
PLT	116 L	(150 - 400)10 ⁹ /L	QTHH021
MPV	9.1	(6.30 - 12.0 fL)	
TQ profile (PT/ INR profile)¹	*		QTHH022
INR	1.32 H	(0.85 - 1.28)	

* Đây là kết quả dạng số trả tự động từ hệ thống Medic. Bản giấy, khoa Xét nghiệm đã ký trả bệnh nhân

Số trang: 1/3

TÊN XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ	KHOẢNG THAM CHIẾU	MÃ QT
TQ ¹	14.5 H	(9.4 - 14.0 giây)	
Prothrombin Time	66 L	(> 70%)	
II. SINH HOÁ - BIOCHEMISTRY			
Glucose (mmol/L) (FPG)¹	6.89	(3.90 - 5.60 mmol/L)	QTSH001
Glucose (mg/dL)	124.0	(70.2 - 100.8 mg/dL)	
Bilirubin T ²	1.19 H	(0.10 - 1.10 mg/dL)	QTSH063
Bilirubin D ²	0.664 H	(0.10 - 0.40 mg/dL)	QTSH063
Bilirubin I	0.526	(0.20 - 0.70 mg/dL)	QTSH063
Albumin ²	3.57 L	(3.60 - 5 g/dL)	QTSH056
*Độ Lọc Cầu Thận (CKD-EPI)	*		
Creatinin/Serum ²	0.600	(Nam: 0.6 - 1.3; Nữ: 0.5 - 1.1 mg/dL)	QTSH027
eGFR (CKD-EPI)	97	(≥ 90 mL/min/1.73 m ²)	
Triglycerides¹	0.849	(<1.70; Ngưỡng: 1.70-2.25 mmol/L)	QTSH015
	.	(Cao: 2.26 - 5.64; Rất cao ≥ 5.65)	
Cholesterol, Total¹	4.10	(<5.18; Ngưỡng: 5.18-6.21 mmol/L)	QTSH003
	.	(Cao: ≥ 6.22)	
GGT¹	39.40 H	(Nam < 55 U/L, Nữ < 36 U/L)	QTSH004
SGOT (AST)¹	75.50 H	(< 35 U/L)	QTSH005
SGPT (ALT)¹	49.10 H	(< 30 U/L)	QTSH013
III. MIỄN DỊCH - IMMUNOLOGY			
*GAAD (NC)	*		
AFP	44.10 H	(< 20 ng/mL)	
PIVKA II	48.20 H	(Nam: <28.6; Nữ: <27.8 ng/mL)	
GAAD Result	Nguy cơ cao (High risk)		

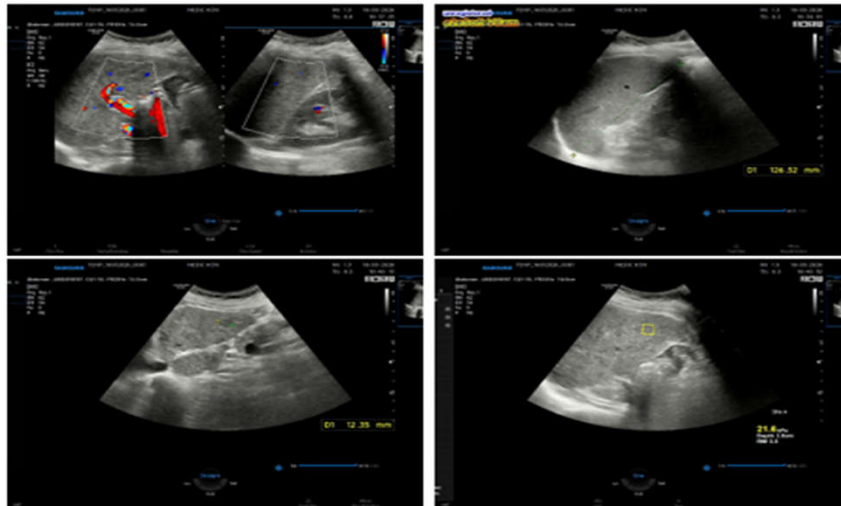
* Đây là kết quả dạng số trả tự động từ hệ thống Medic. Bản giấy, khoa Xét nghiệm đã ký trả bệnh nhân

Số trang: 2/3

TÊN XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ	KHOẢNG THAM CHIẾU	MÃ QT
GAAD Score	6.19 H	(Ngưỡng cơ thấp <2.57)	
HBsAg (Định tính, qualitative)¹	Âm tính S/CO 0.814	(S/Co <1)	QTMD017
Anti HBs (Định lượng, quantitative) ²	<2.00	(≥ 10 mIU/mL)	QTMD123
Anti HBc Total(IgG+IgM)(Roche) ²	<u>Dương tính S/CO</u> <u>0.007</u>	(S/Co > 1)	QTMD120
Anti HCV (Định tính, qualitative)¹	<u>Dương tính S/CO</u> <u>78.40</u>	(S/Co < 1)	QTMD018
IV. SINH HỌC PHÂN TỬ - MOLECULAR BIOLOGY			
HCV RNA Taqman	*	(Ngưỡng định lượng)	
	≤ 250	(≤ 250 copies/mL)	
	≤ 2.40 Log10	(≤ 2.4 Log10)	
Thời gian duyệt: 14:44:15 18/03/2026 Người duyệt: Bs.Hà Thị Hồng Nhung		In lần 1: 14:44:26 18/03/2026 Trưởng khoa xét nghiệm	

VÙNG KHẢO SÁT : SIÊU ÂM GAN + SWE

- GAN: Không to, bờ không đều , cấu trúc thô, rải rác nốt echo kém, d# 10 - 12mm.
- MẬT: Túi mật đã cắt. Đường mật trong gan không giãn. Ống mật chủ không sỏi, không giãn.
- TỤY: Cấu trúc, kích thước bình thường. LÁCH: d= 126mm, đồng dạng.
- THẬN (P): Không sỏi, không ứ nước. THẬN (T): Không sỏi, không ứ nước.
- BÀNG QUANG: Không sỏi, không u, vách mỏng.
- Vùng chậu không u.
- Động mạch chủ bụng không phình.
- Ascites (-). Không hạch ổ bụng.
- Không tràn dịch màng phổi.



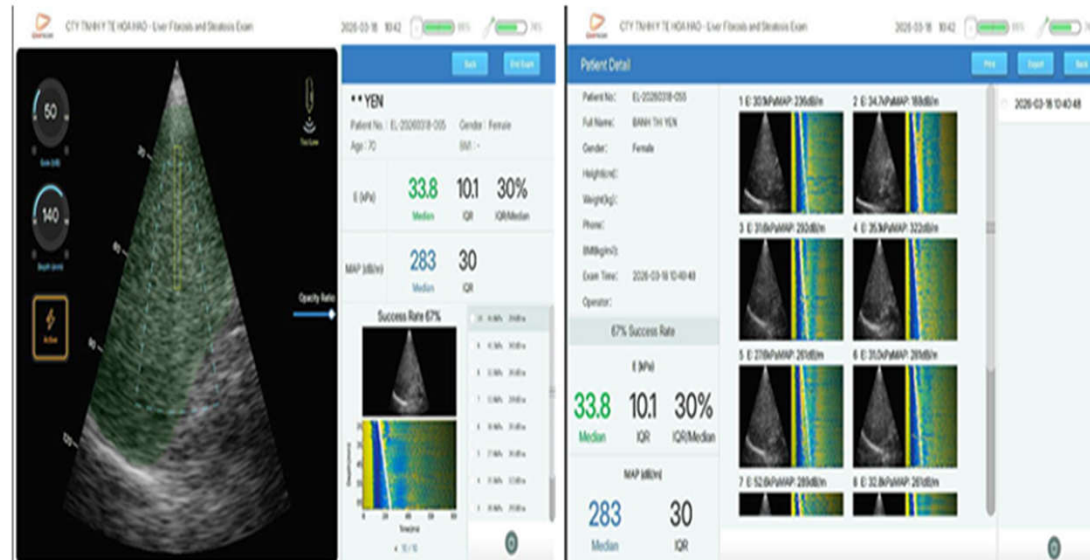
KẾT LUẬN :

**NỐT TÁI TẠO/ XƠ GAN - LÁCH TO(SWE mô gan: 21.6kPa, # F4).
ĐÃ CẮT TÚI MẬT.**

Đề nghị :

*Tp. Hồ Chí Minh, ngày 18/03/2026 10:20
(Bác sĩ đã ký)*

VÙNG KHẢO SÁT : SIÊU ÂM ĐỊNH LƯỢNG XƠ GAN (LIVER SCAN)



KẾT LUẬN : MAP 283 dB/m (S2).
E 33.8 kPa (F4)

Đề nghị :

Tp. Hồ Chí Minh, ngày 18/03/2026 10:45
(Bác sĩ đã ký)

Chẩn đoán sơ bộ : XO GAN SIEU VI C

Vùng : MRI BỤNG

Máy : 3 _ SIEMEN AVANTO Tiêm chất tương phản

Kết quả : KỸ THUẬT

Hình chụp vùng bụng với máy cộng hưởng từ 1,5tesla có tiêm thuốc tương phản Gadolinium, liều 5ml, các thông số kỹ thuật được in ở góc trái mỗi hình

MÔ TẢ

Nền gan thô. Thương tổn HPT VII d# 25x24 mm, giới hạn rõ, trên hình T2 có tín hiệu cao hơn nhu mô gan và thấp hơn dịch não tủy. Trên hình T1 có tín hiệu thấp hơn nhu mô gan, thương tổn bắt thuốc mạnh thì động mạch và thải thuốc không rõ thì tĩnh mạch, thì trẻ có tín hiệu thấp hơn nhu mô gan.

Một thương tổn khác HPT III, d# 12x11mm, tín hiệu tương đối ngang mô gan trên T1W*I, T2FS, không ngấm tương phản, thì trẻ có tín hiệu thấp hơn mô gan và có vỏ bao

Đường mật trong và ngoài gan không giãn, túi mật không thấy

Nang vùng đuôi tụy, d# 12x13mm, không thông với ống tụy, tín hiệu đồng nhất, không ngấm tương phản.

Không thấy huyết khối tĩnh mạch cửa

Lách không to, cường độ tín hiệu trong giới hạn bình thường

Hai thận bình thường, không chướng nước. Nang nhỏ thận phải d# 2mm

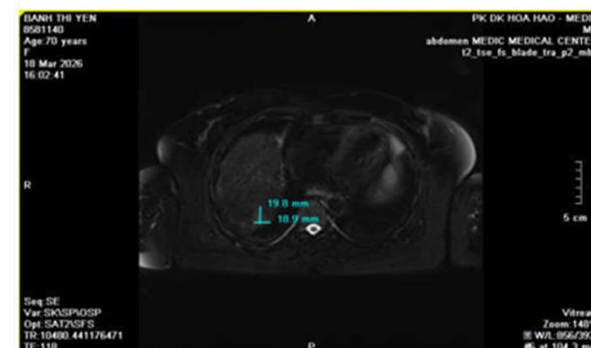
Không thấy tràn dịch ổ bụng

*** KẾT LUẬN.

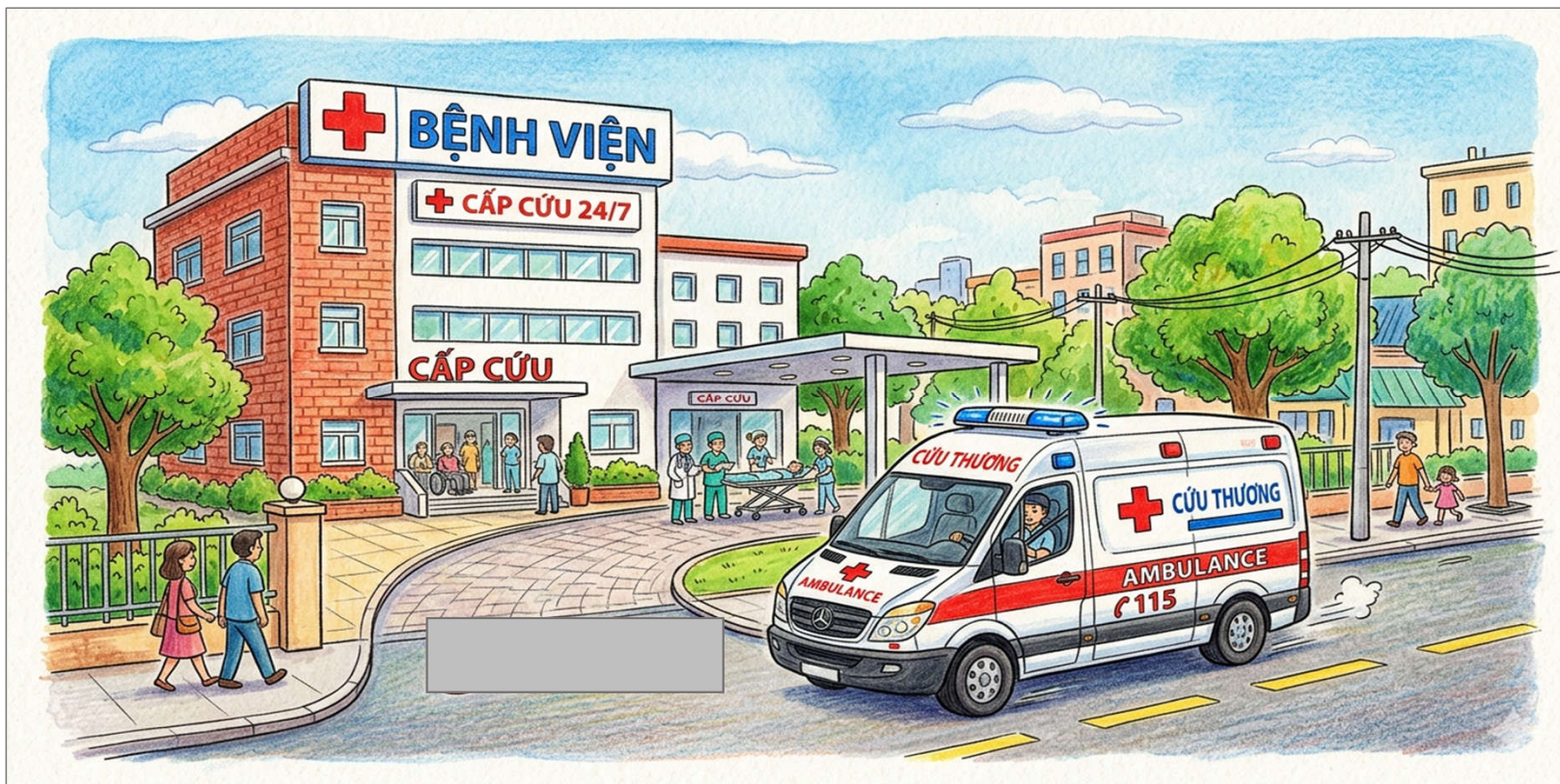
THƯƠNG TỔN GAN HPT VII D# 25X24 MM, NGHĨ HCC. THƯƠNG TỔN GAN HPT III, D# 12X11MM, NGHĨ NỐT LOẠN SÁN HOẶC HCC SỚM / VIÊM GAN MẠN
NANG VÙNG ĐUÔI TUY, D# 12X13MM
NANG NHỎ THẬN PHẢI D# 2MM

Tp. Hồ Chí Minh, ngày 18/03/2026 16:57

(Bác sĩ đã ký)



BN được tư vấn ---- CHUYỂN VIỆN ----- Chợ rẫy (BHYT)



BỆNH VIỆN CHỢ RẪY
TRUNG TÂM ỨNG DỤNG
KHOA U GAN

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

TPHCM, ngày 19 tháng 03 năm 2026

BIÊN BẢN HỘI CHẨN U GAN

MSHS

Xét nghiệm		Nhóm máu:		Rh:		ALT		AST		Bilirubin TP		Alb	
PT (giây)	INR	T. cầu (G/L)	aPTT (giây)	ĐH (mg/dl)	Cre (mg/dl)	(U/L)	(U/L)	(mg/dl)	(mg/dl)	(g/dl)	(g/dl)	(g/dl)	(g/dl)
16.3	1.26	99	44.8	274.6	0.62	41.1	72.4	1.3	3.14				
Kết quả lần trước													
AFP (ng/ml)	95.74												
AFP-L3 (%)													
PIVKA-II (mAU/ml)													
HBSAg	(-)												
Anti HCV	(+)												
CEA (ng/ml)													
CA 19.9 (IU/ml)													
Siêu âm: Không u													
CT Bụng													
Số lượng u													
Vị trí u													
Kích thước u													
Kiểu bất thuốc													

KHÁC:
GPBL:
H.L. NỘI DUNG THẢO LUẬN THÔNG NHẤT Ý KIẾN
Chẩn đoán: K gan HPT VII / VGSV C
IV. KẾT LUẬN

Huống xử trí: Đốt u gan (RFA/MWA)	Ngày thực hiện	Ngày tái khám
Ngày nhập viện	31/03/2026	
30/03/2026		

Ghi chú:

Bác sĩ hội chẩn

Vui lòng đem theo biên bản hội chẩn này
và giấy ra viện khi tái khám.

BSC KIL. Lê Trường Chiến

TS.BS. Võ Duy Thuận

BS CKII. PHAN HUỲNH VỊ
VC 2007 - 002112

BS. CKII. LÊ TRƯỜNG CHIẾN
A28-CR94-0399



BỆNH VIỆN CHỢ RẪY
201 B Nguyễn Chí Thanh, Phường Chợ
Lớn, Quận 5, TP. Hồ Chí Minh
(84-028) 3855 4137 - (84-028) 3855 4138
bvchoray.vn

Mã HS số: 26050605238

BHYT
Mã đơn thuốc: 01790482605kyn-c
Mã NB: CR2603024476
Mã HA:

Người nên họ: Số điện thoại:
Chẩn đoán: C22.0-1/ung thư biểu mô tế bào gan (K gan hạ phân thủy VII đã RFA 1, ổn) /B18.2-Viêm gan virus C mạn tính
Số ngày cho đơn: 30 ngày, Từ ngày: 07/05/2026 Đến ngày: 05/06/2026

Thuốc điều trị:

PK U gan (D)	II. Ngoài danh mục		
Vô Duy Thuận (A)	1. Mỗi gói 5g chứa: L-Ornithine-L-Aspartate (HELTEC 3g) Uống, sáng 1 gói	30	Gói (A)
	2. Ursodeoxycholic acid (SOLDEUZO 250mg/5ml) Uống, sáng 1 ống, chiều 1 ống	60	Ống (A)

Lời dẫn:

Ghi chú:

PK U gan (D) Bệnh nhân có thể dùng thuốc 03 tháng

Hen tái khám:

PK U gan (D) - Ngày 21/07/2026

Mô tả:

Ngày 07 tháng 05 năm 2026
BÁC SĨ/Y SĨ KHÁM BỆNH
(Ký, ghi rõ họ tên)
Người ký số: TS. BS. Võ Duy Thuận
Ngày ký số: 09:06:00 07/05/2026

EasyCA Chữ ký số hợp lệ
TS. BS. Võ Duy Thuận

Khám bệnh lại xin mang theo đơn này.

Bệnh viện Chợ Rẫy THÔNG BÁO:

- Thông báo ngày nghỉ lễ:
- Khám tại Bệnh viện Chợ Rẫy cần mang theo CCCD.
- Tải App Bệnh viện Chợ Rẫy để xem kết quả.

II. BÀN LUẬN

Nhiễm HBV/ HCV là nguyên nhân chính gây HCC tại Việt Nam

Characteristic	2010 (n = 2793)	2011 (n = 3111)	2012 (n = 3349)	2013 (n = 3471)	2014 (n = 3494)	2015 (n = 3804)	2016 (n = 4069)	Total (n = 24091)	P value
Male gender	82.6	82.77	82.23	80.44	81.2	81.2	82.13	81.76	0.17
Age (yr)									
≤ 40	10.31	8.94	9.14	8.58	7.76	7.6	7.77	8.49	< 0.0001
41-50	19.3	18.58	17.44	17.26	17.32	17.43	16.76	17.64	
51-60	30.68	30.57	29.23	30.83	29.28	29.86	29.29	29.92	
61-70	21.48	22.6	24.37	23.22	26.24	26.63	27.89	24.86	
> 70	18.22	19.32	19.83	20.11	19.4	18.48	18.28	19.08	
Advanced disease stage	40.57	43.68	40.52	37.65	40.78	40.75	41.68	40.79	0.76
HBsAg and anti-HCV testing available (n) ¹	n = 2505	n = 2405	n = 2773	n = 3153	n = 3225	n = 3616	n = 3907	n = 21584	< 0.0001
HBV infection	61.72	69.94	66.35	60.1	59.69	60.87	60.23	62.28	
HCV infection	24.79	27.32	28.96	25.06	27.13	25.06	24.98	26	
HBV and HCV coinfection	2.71	2.74	2.52	3.04	2.95	2.41	2.46	2.68	
Non-HBV or HCV liver disease	10.78	0	2.16	11.8	10.23	11.67	12.34	8.97	

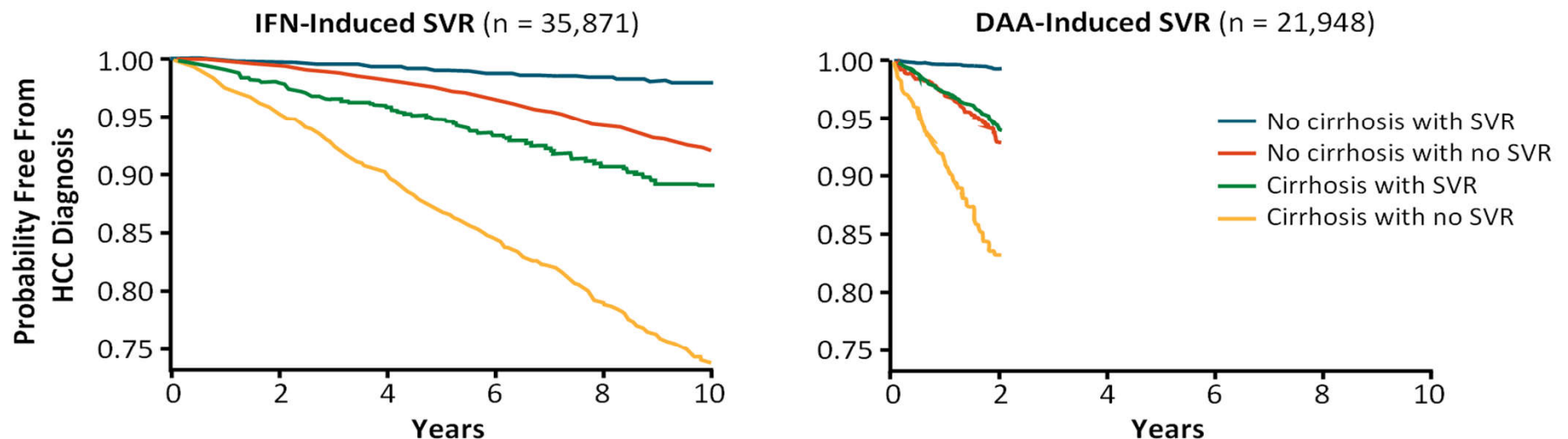
¹HBV infection defined as positive HbSAg level. HCV infection defined as positive HCV antibody level. HBV: Hepatitis B virus; HCC: Hepatocellular carcinoma; HCV: Hepatitis C virus.

Nguyen-Dinh, S. H., Do, A., Pham, T. N. D., Dao, D. Y., Nguy, T. N., & Chen, M. S., Jr (2018). High burden of hepatocellular carcinoma and viral hepatitis in Southern and Central Vietnam: Experience of a large tertiary referral center, 2010 to 2016. *World journal of hepatology*, 10(1), 116–123. <https://doi.org/10.4254/wjh.v10.i1.116>

Điều trị hết HCV: nguy cơ HCC vẫn còn.

Nguy cơ HCC khi điều trị hết HCV khác nhau ở bệnh nhân có / không xơ gan.

- Retrospective study of US veterans with HCV infection treated with IFN, DAAs + IFN, or DAAs from 1999-2015 (N = 62,354)



- Clearly a benefit in those who achieve SVR
- Curves look fairly similar



AI PHẢI TẦM SOÁT HCC ?

3.1. Đối tượng tầm soát

- Nhóm nguy cơ cao: các trường hợp nhiễm HBV mạn và HCV mạn chưa điều trị, đang điều trị và đã ngưng điều trị bằng thuốc kháng virus, và các trường hợp xơ gan không liên quan đến nhiễm virus viêm gan.
- Nhóm nguy cơ rất cao: các trường hợp xơ gan có liên quan đến viêm gan do virus (HBV, HCV).

3.2. Phương tiện và tần suất tầm soát

- Tầm soát bằng siêu âm bụng và xét nghiệm phối hợp các chỉ dấu sinh học AFP, AFP-L3, PIVKA II.
- Tầm soát mỗi 6 tháng đối với nhóm nguy cơ cao và mỗi 3 tháng đối với nhóm nguy cơ rất cao. Nếu phát hiện có tổn thương nghi ngờ UTBMTBG và/hoặc giá trị các chỉ dấu sinh học tăng thì nên chụp CT scan bụng có cản quang hoặc MRI bụng có tương phản từ.



HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ BỆNH VIÊM GAN VI RÚT C

(Ban hành kèm Quyết định số 2855/QĐ-BYT ngày 25/9 /2024)

e) Cung cấp thông tin và tư vấn trước điều trị

- Phác đồ điều trị, hiệu quả của điều trị, tác dụng phụ, khả năng tái nhiễm HCV.

- Nguy cơ HCC đặc biệt đối với người bệnh có độ xơ hoá gan $\geq$ F3.

- Theo dõi người bệnh sau khi điều trị khỏi:

+ Theo dõi để phát hiện sớm biến chứng HCC, đặc biệt ở người có xơ hóa gan $\geq$ F3 bằng siêu âm bụng và các chỉ dấu ung thư gan mỗi 6 tháng. Các chỉ dấu ung thư gan có thể sử dụng là AFP và/hoặc AFP-L3 và/hoặc PIVKA-II. Trường hợp nghi ngờ ung thư gan thì tiến hành chụp cắt lớp bụng có tiêm thuốc cản quang hoặc chụp cộng hưởng từ có tiêm thuốc cản từ để chẩn đoán xác định.

**KHUYẾN CÁO HƯỚNG DẪN VỀ CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ
UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN Ở VIỆT NAM**

**Guideline Recommendations of Diagnosis and Treatment of
HCC in Vietnam**

(Bản Cập nhật theo Hướng dẫn mới 2026 của Bộ Y tế)

Updated version follow New Guideline 2026 of Vietnamese Ministry of Health)

Với 52 khuyến cáo hướng dẫn (With 52 guideline recommendations)

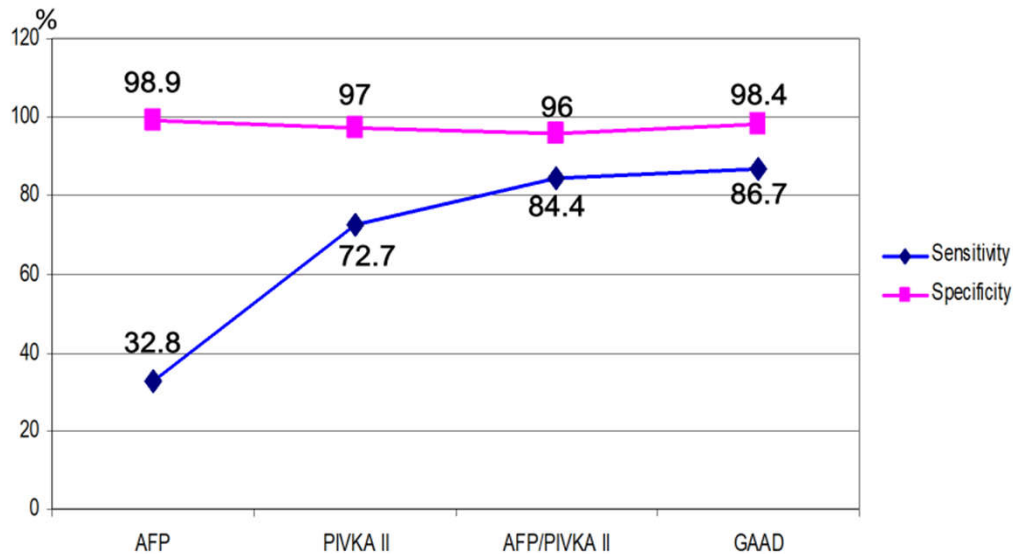
- Có thể tầm soát thường quy bằng cách thực hiện siêu âm gan mật và xét nghiệm AFP huyết thanh, xét nghiệm DCP định kỳ mỗi 6 tháng ở các đối tượng nguy cơ cao và tính các chỉ số **GAAD** (gồm AFP, DCP, tuổi, giới tính). Những trung tâm y tế lớn có thể tầm soát với siêu âm và xét nghiệm AFP, AFP-L3 và DCP cùng chụp CT hoặc MRI từ 3-6 tháng và tính chỉ số GALAD (như GAAD và có thêm AFP-L3) nếu có điều kiện để tăng khả năng phát hiện sớm UTBMTBG. Nhìn chung GAAD có kết quả tương đương như GALAD song có chi phí rẻ hơn nên được khuyến cáo ứng dụng nhiều trong tầm soát HCC, còn GALAD nên sử dụng nhiều trong chẩn đoán HCC.

XN mới : GAAD là XN gì ?

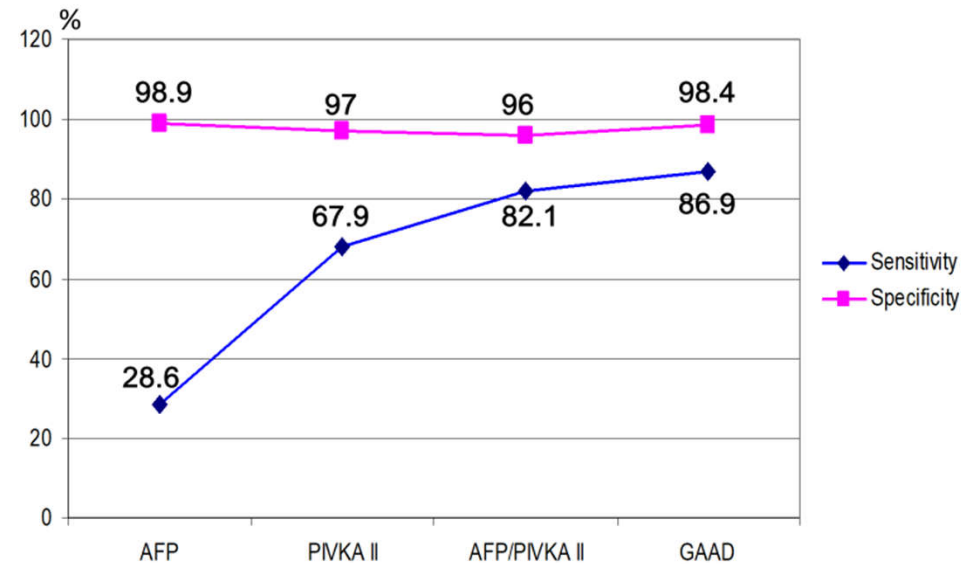
- GAAD score (điểm số GAAD) là một thuật toán đa biến được sử dụng để sàng lọc và hỗ trợ chẩn đoán sớm Ung thư biểu mô tế bào gan (HCC).
G (Gender): Giới tính. A (Age): Độ tuổi. A (AFP): Chỉ số dấu ấn sinh học Alpha-fetoprotein. D (DCP / PIVKA-II): Chỉ số dấu ấn sinh học Des-gamma-carboxy prothrombin.
- Đọc kết quả điểm GAAD Score: Ngưỡng bình thường / Nguy cơ thấp: $\leq 2,57$.
Nguy cơ cao mắc HCC: Điểm GAAD $> 2,57$.
 Dự đoán khả năng bn mắc HCC.
- Tại Việt Nam, các nghiên cứu lâm sàng chỉ ra rằng GAAD có độ nhạy và độ đặc hiệu rất cao, giúp phát hiện ung thư gan ngay cả khi khối u nhỏ $< 2\text{cm}$.
PGS.TS. Phạm Thị Thu Thủy đã có bài nghiên cứu và báo cáo về vấn đề này.

GAAD có độ nhạy & đặc hiệu cao hơn AFP, PIVKA II hoặc AFP kết hợp PIVKA II trong chẩn đoán HCC kể cả giai đoạn sớm

Total, N = 2611

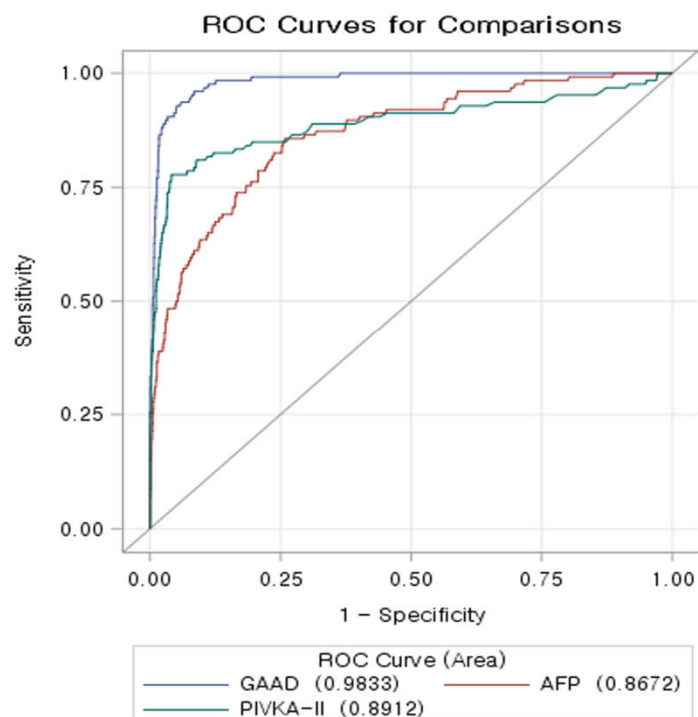


Tumor size ≤ 2 cm, N = 2567

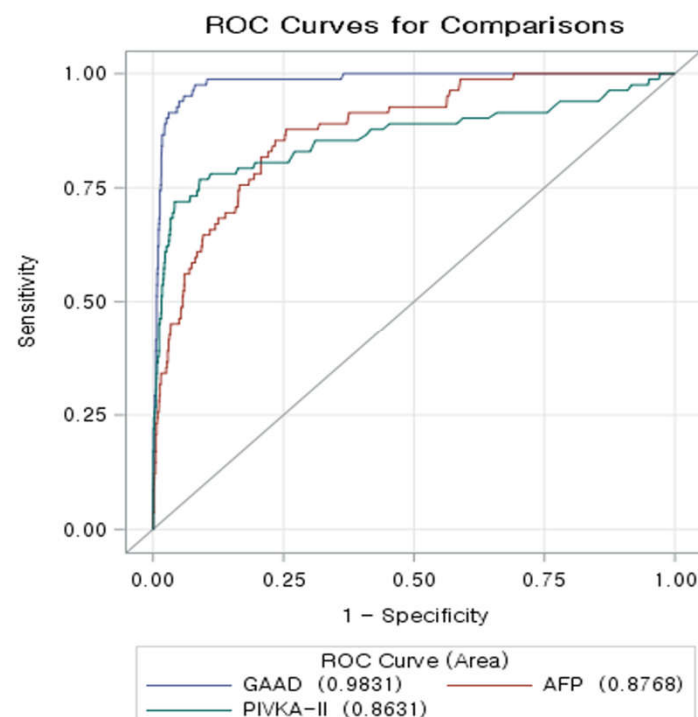


Receiver operating characteristic (ROC) plots of GAAD score, AFP, and PIVKA-II

A. All 128 patients with HCC



B. 84 HCC patients with tumor ≤ 2 cm



The area under the curves (AUC) was calculated for each diagnosis marker and compared between them; the p -value <0.05 denotes a significant difference between the AUC of markers.

* p -values for GAAD vs. AFP and GAAD vs. PIVKA-II <0.001 .

Phối hợp PIVKA-II và AFP tăng độ nhạy trong phát hiện HCC giai đoạn sớm

HCC giai đoạn sớm chưa có triệu chứng. Giám sát định kỳ rất quan trọng cho phát hiện sớm và điều trị thành công



Siêu âm

Độ nhạy cho phát hiện HCC giai đoạn sớm

45%



Siêu âm + AFP

Độ nhạy cho phát hiện HCC giai đoạn sớm

63%



AFP + PIVKA-II

Độ nhạy cho phát hiện HCC giai đoạn sớm

87%



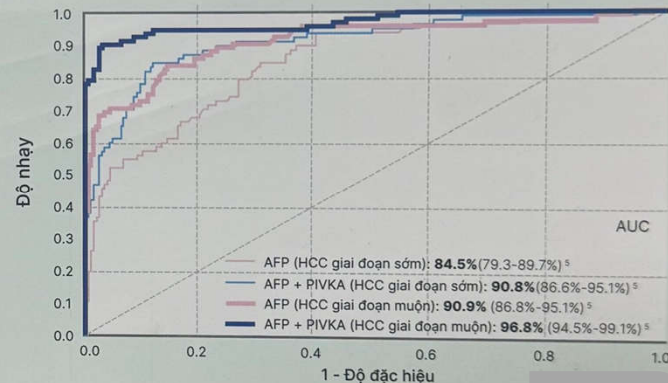
Tài liệu tham khảo: 1. Kao Wei-Yu, et al. Medicine Baltimore 2015;94(43):e1929. 2. Fitzmaurice T, et al. JAMA Onco 2017;3(12):1683-1691. 3. Henry L Y Chan et al. JGH Open: An open access journal of gastroenterology and hepatology 2022;6 292-300

Phối hợp PIVKA-II và AFP cho độ nhạy tốt hơn trong phát hiện HCC²

So sánh giữa phối hợp PIVKA-II + AFP và AFP

	AFP ³	AFP + PIVKA-II ⁴
Độ nhạy (tất cả các ca HCC)	51.8%	91.7%
Độ nhạy (HCC giai đoạn sớm) ^{a)}	36.4%	87%
Độ nhạy (HCC giai đoạn muộn) ^{b)}	64.8%	95.6%
Độ đặc hiệu	98.1%	82.2%

Giá trị điểm cắt AFP: 20 ng/ml; Giá trị điểm cắt PIVKA-II: 28,4 ng/ml



Tài liệu tham khảo:

Henry L Y Chan et al. JGH Open:
An open access journal of
gastroenterology and hepatology
2022;6 292-300



GAAD đã được đề nghị trong một số khuyến cáo, hướng dẫn ở Châu Âu, Nhật bản, Thái lan, Trung quốc, Việt nam và tại Medic cũng đã có làm.



III. KẾT LUẬN

- Viêm gan siêu vi C là bệnh có thể điều trị hết.
- Sau khi điều trị hết vẫn phải theo dõi, tầm soát HCC cho người bệnh, đặc biệt là các bệnh nhân lớn tuổi hay ở những bệnh nhân có độ xơ hóa gan càng cao càng có nhiều nguy cơ.
- Cần giải thích cho người bệnh **nguy cơ HCC vẫn còn dù đã điều trị hết vi rút.**
- Sử dụng các XN , đặc biệt là các XN mới và các pp CĐHA sẵn có để **tăng khả năng phát hiện sớm** U gan cho bn .

Thank
You

